



WELL CHILD EXAM - INFANCY: 9 MONTHS

(Meets EPSDT Guidelines)

DATE

ГРУДНОЙ ВОЗРАСТ: 9 МЕСЯЦЕВ

ДАННЫЕ О РЕБЕНКЕ (ЗАПОЛНЯЮТСЯ РОДИТЕЛЕМ)	ИМЯ РЕБЕНКА _____		КЕМ ДОСТАВЛЕН: _____		ДАТА РОЖДЕНИЯ _____																																						
	АЛЛЕРГИИ _____		ПРИНИМАЕМЫЕ В НАСТОЯЩИЙ МОМЕНТ ЛЕКАРСТВА _____																																								
	ЗАБОЛЕВАНИЯ/НЕСЧАСТНЫЕ СЛУЧАИ/ПРОБЛЕМЫ/БЕСПОКОЙСТВА СО ВРЕМЕНИ ПОСЛЕДНЕГО ПОСЕЩЕНИЯ				СЕГОДНЯ У МЕНЯ ЕСТЬ ВОПРОС О: _____																																						
	ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Мой ребенок может сам есть пальцами.		ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Мой ребенок может передвигаться самостоятельно.																																								
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Мой ребенок понимает некоторые слова.		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Мой ребенок играет в игры, такие как прятки или ладушки.																																								
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Мой ребенок не просыпается по ночам.		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Мой ребенок видит и слышит.																																								
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> У меня не бывает частых периодов грусти.																																											
WEIGHT KG./OZ. PERCENTILE _____		HEIGHT CM/IN. PERCENTILE _____		HEAD CIR. PERCENTILE _____																																							
<input type="checkbox"/> Review of systems		<input type="checkbox"/> Review of family history		Diet _____ Elimination _____ Sleep _____																																							
Screening: Hearing <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> _____ Vision <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> _____								<input type="checkbox"/>																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
Development: Circle area of concern Adaptive/Cognitive Language/Communication Gross Motor Social/Emotional Fine Motor																																											
Behavior <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> _____ Mental Health <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> _____								<input type="checkbox"/>																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
Physical: General appearance <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> _____ Skin Chest <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> _____ Head/Fontanelle Lungs <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> _____ Eyes (Cover/Uncover) Cardiovascular/Pulses <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> _____ Ears Abdomen <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> _____ Nose Genitalia <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> _____ Oropharynx/Teeth Spine <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> _____ Neck Extremities <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> _____ Nodes Neurologic <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> _____								<input type="checkbox"/>																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
Describe abnormal findings and comments: _____ _____ _____ _____																																											
IMMUNIZATIONS GIVEN _____ _____ _____																																											
REFERRALS _____ _____ _____																																											
NEXT VISIT: 12 MONTHS OF AGE				HEALTH PROVIDER NAME _____																																							
HEALTH PROVIDER SIGNATURE _____				HEALTH PROVIDER ADDRESS _____																																							

Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Infancy (9 months)

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions. They are not comprehensive guidelines.

Fluoride Screen

Look for white spots or decay on teeth. Check for history of decay in family. Fluoride supplements should be considered for all children drinking fluoride deficient (<0.6 ppm F) water. Before supplements are prescribed, it is essential to know the fluoride concentration of the patient's drinking water. Once the fluoride level of the water supply has been evaluated, either through contacting the public health officials or water analysis, as well as evaluating other sources of fluoride, the daily dosage schedule can be recommended. Pediatric Dentistry: Reference Manual 1999-00.(21)5.

Tuberculosis Screen

Screen for these risk factors:

- Members of household with tuberculosis or in close contact with those who have the disease.
- In close contact with recent immigrants or refugees from countries in which tuberculosis common (e.g., Asia, Africa, Central and South America, Pacific Islands); migrant workers; residents of correctional institutions or homeless shelters or persons with certain underlying medical disorders.

Developmental Milestones

Always ask about and follow-up on parent concerns about development or behavior. You may use the following screening list, or use the Ages and Stages Questionnaire, the Denver II, the ELMS2 (a language screen), or the MacArthur Communication Development Inventory.

Yes No

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Sits without support.</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Stands holding on.</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cruises. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Imitates speech sounds.</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Thumb-finger grasp. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Says "Dada" or Mama" nonspecifically.</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Responds to name. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Plays "Peek-a-boo." |

Avoids eye contact.

Instructions for developmental milestones: At least 90% of infants should achieve the underlined milestones by this age. If you have checked "no" on any two items or even one of the underlined items, or the **boxed item** (abnormal behavior at this age), refer the infant for a formal developmental assessment.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the U.S. Centers for Disease Control and Prevention. **Parents and providers may call Healthy Mothers, Healthy Babies (1-800-322-2588) with questions or concerns on childhood development.**



ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ОСМОТР РЕБЕНКА – МЛАДЕНЧЕСКИЙ ВОЗРАСТ: 9 МЕСЯЦЕВ
WELL CHILD EXAM - INFANCY: 9 MONTHS
(Соответствует нормам EPSDT)

ДАТА

ГРУДНОЙ ВОЗРАСТ: 9 МЕСЯЦЕВДАННЫЕ О РЕБЕНКЕ
(ЗАПОЛНЯЮТСЯ РОДИТЕЛЕМ)

ИМЯ РЕБЕНКА	КЕМ ДОСТАВЛЕН:	ДАТА РОЖДЕНИЯ																
АЛЛЕРГИИ		ПРИНИМАЕМЫЕ В НАСТОЯЩИЙ МОМЕНТ ЛЕКАРСТВА																
ЗАБОЛЕВАНИЯ/НЕСЧАСТНЫЕ СЛУЧАИ/ПРОБЛЕМЫ/БЕСПОКОЙСТВА СО ВРЕМЕНИ ПОСЛЕДНЕГО ПОСЕЩЕНИЯ		СЕГОДНЯ У МЕНЯ ЕСТЬ ВОПРОС О:																
<table border="0"> <tr> <td>ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/></td> <td>Мой ребенок может сам есть пальцами.</td> <td>ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/></td> <td>Мой ребенок может передвигаться самостоятельно.</td> </tr> <tr> <td>ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/></td> <td>Мой ребенок понимает некоторые слова.</td> <td>ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/></td> <td>Мой ребенок играет в игры, такие как прятки или ладушки.</td> </tr> <tr> <td>ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/></td> <td>Мой ребенок не просыпается по ночам.</td> <td>ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/></td> <td>Мой ребенок видит и слышит.</td> </tr> <tr> <td>ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/></td> <td>У меня не бывает частых периодов грусти.</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>	Мой ребенок может сам есть пальцами.	ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>	Мой ребенок может передвигаться самостоятельно.	ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>	Мой ребенок понимает некоторые слова.	ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>	Мой ребенок играет в игры, такие как прятки или ладушки.	ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>	Мой ребенок не просыпается по ночам.	ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>	Мой ребенок видит и слышит.	ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>	У меня не бывает частых периодов грусти.		
ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>	Мой ребенок может сам есть пальцами.	ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>	Мой ребенок может передвигаться самостоятельно.															
ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>	Мой ребенок понимает некоторые слова.	ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>	Мой ребенок играет в игры, такие как прятки или ладушки.															
ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>	Мой ребенок не просыпается по ночам.	ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>	Мой ребенок видит и слышит.															
ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>	У меня не бывает частых периодов грусти.																	
ВЕС, КГ/ЛУНГИЙ (ПРОЦЕНТИЛЫ)	РОСТ, СМ/ДОЙМОВ (ПРОЦЕНТИЛЫ)	ОКРУЖНОСТЬ ГОЛОВЫ (ПРОЦЕНТИЛЬ)																
<input type="checkbox"/> Проверка систем организма <input type="checkbox"/> Проверка семейной истории болезней																		
Обследования: Норм. Отклон.																		
Слух	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																	
Зрение	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																	
Развитие: Обведите области, вызывающие у вас опасение																		
Адаптационно-познавательное Язык/общение																		
Грубая моторика	Социальное/ эмоциональное развитие	Тонкая моторика																
Поведение																		
Психическое здоровье	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																	
Физическое состояние: Норм. Отклон.																		
Общий внешний вид	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Грудная клетка	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																
Кожа	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Легкие	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																
Голова/родничок	<input type="checkbox"/> Сердечно-сосудистая система/пульс	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																
Глаза (закрывание/открывание)	<input type="checkbox"/> Живот	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																
Уши	<input type="checkbox"/> Половые органы	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																
Нос	<input type="checkbox"/> Позвоночник	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																
Ротовая полость/зубы	<input type="checkbox"/> Конечности	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																
Шея	<input type="checkbox"/> Неврологическое состояние	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																
Узлы																		
Опишите обнаруженные аномалии и ваши замечания:																		
СДЕЛАННЫЕ ПРИВИВКИ																		
НАПРАВЛЕНИЯ																		
СЛЕДУЮЩЕЕ ПОСЕЩЕНИЕ: В ВОЗРАСТЕ 12 МЕСЯЦЕВ		ИМЯ ВРАЧА ИЛИ НАЗВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ																
ПОДПИСЬ ВРАЧА		АДРЕС ВРАЧА ИЛИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ																

Здоровье вашего малыша в возрасте 9 месяцев

Важнейшие моменты

Как развивается ваш малыш в возрасте от 9 до 12 месяцев.

Ползает по полу.

Встает на ножки и передвигается, держась за мебель.

Может начать ходить.

Показывает на то, что он хочет.

Пьет из чашки и сам ест.

Играет в игры, такие как ладушки и прятки.

Начинает говорить слова, такие как «мама», «папа» или «бай-бай».

Играя с ребенком, вы учите его новым вещам.

Помощь или подробная информация

Бесплатная оценка развития: Информационно-справочная линия программы «Здоровые мамы – здоровые дети» (Healthy Mothers, Healthy Babies) – и направления по телефону 1-800-322-2588 или 1-800-833-6388 (TTY).

Безопасность детских автомобильных сидений: Коалиция по защитным удерживающим устройствам (Safety Restraint Coalition): 1-800-BUCK-L-UP или 1-800-833-6388 (TTY).

Дети с особыми потребностями: Программа «Родитель – родителю» (Parent to Parent) – 1-800-821-5927.

Предотвращение отравлений: Центр помощи при отравлениях штата Вашингтон (Washington Poison Center) – 1-800-732-6985 или 1-800-572-0639 (TTY); звоните 911 в случае экстренной ситуации.

Воспитание детей и поддержка: Семейная справочная служба – 1-800-932-HOPE (4673), организация Family Resources Northwest – 1-888-746-9568, занятия в местных общественных колледжах.

Советы по сохранению здоровья

Продолжайте кормление грудью как можно дольше, хотя бы в течение первого года.

Грудное молоко или детские молочные смеси по-прежнему остаются главным продуктом питания для ребенка. Кроме того, ему нужна мягкая, размельченная твердая пища.

Следите за зубками ребенка так, чтобы они оставались здоровыми. Чистите их после кормления. Используйте кусочек чистой материи или маленькую мягкую зубную щетку. Не давайте ребенку бутылочку, когда он в кроватке.

Антибиотики – не всегда лучшие лекарства. Они не действуют при простуде или других вирусах. Не давайте ребенку антибиотики, когда в них нет необходимости – это может только навредить ребенку.

Дайте возможность ребенку учиться пользоваться чашкой. Давайте ему воду, грудное молоко или молочные смеси в чашке с носиком. Если ребенок пьет из бутылочки, переходите к использованию чашки в возрасте примерно одного года.

Чаще обычного мойте руки, особенно после смены детских пеленок и перед кормлением. Мойте детские игрушки водой с мылом.

Советы по воспитанию детей

Каждый ребенок развивается по-своему. Ваш ребенок должен продолжать учиться и меняться. Если вам кажется, что есть какие-либо проблемы, касающиеся развития ребенка, поговорите с врачом или медсестрой. Для того чтобы пройти бесплатную оценку развития, позвоните в программу «Здоровые мамы – здоровые дети» (смотрите телефон слева).

Советы, касающиеся безопасности

Всегда следите за ребенком в ванной. Ребенок может быстро и незаметно захлебнуться даже при глубине в несколько сантиметров. Берите его с собой, если вам нужно выйти из ванной.

Пристегивайте ребенка в детском автомобильном сиденье, усаживайте его лицом назад, пока ему не исполнится один год. Ребенок должен находиться на заднем сиденье машины, так как это безопаснее.